N° 52

ÉTUDE

SUR

L'OPÉRATION CHILOPLASTIQUE

D'ESTLANDER

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

le 27 avril 1888

PAR

R. CLAOUÉ

Né à St-Girons (Arriège)

Élève du Service de santé militaire

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1888

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN Doyen.

GRASSET, Assesseur.

Professeurs.

	Messieurs :
Clinique des mal. ment. et nerv.	CAVALIER (✻).
Idem. (Chargé du cours).	MAIRET.
Physique médicale.	MOITESSIER (✻)
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Clinique médicale.	GRASSET.
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	DUMAS (Léon).
Clinique chirurgicale.	TÉDENAT.
Opérations et appareils.	GRYNFELTT.
Pathologie externe.	CHALOT.
Anat. pathol. et histol.	KIENER (✻).
Anatomie (Chargé du cours).	GILIS.
Thérap. et Matière médicale.	HAMELIN (✻).
Clinique médicale.	N...
Botanique et Histoire Natur.méd.	N...

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✠).

Prof. honor. MM. MARTINS (O. ✻), DUPRÉ (✻ C. ✠).

Chargés de Cours de Cliniques annexes :

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	MOSSÉ (✻), agrégé.
Clinique ophthalmologique.....	TRUC, agrégé.

Agrégés en Exercice

Messieurs :	Messieurs :	Messieurs
CARRIEU.	VILLE.	GERBAUD.
MAIRET.	GRANEL.	GILIS.
MOSSÉ (✻).	BOINET.	MALOSSE.
REGIMBEAU (✻).	BROUSSE.	BIMAR.
BLAISE.	FORGUE.	
BAUMEL.	TRUC.	

M. H. GOT, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examinateurs de la Thèse :

MM. GRYNFELTT, *président.*

CHALOT, Professeur.

GAYRAUD, agrégé.

TRUC, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON FRÈRE

R. CLAOUÉ.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur GRYNFELTT

R. CLAUDÉ.

A Monsieur le Professeur KIENER

Médecin principal de l'Armée
Chevalier de la Légion d'honneur

R. CLAUDÉ

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

R. CLAOUÉ.

INTRODUCTION.

Sujette à des traumatismes relativement fréquents, à des ulcérations de nature variée, cancéreuses syphilitiques ou autres, la lèvre inférieure est par elle-même fréquemment le siège de pertes de substance plus ou moins considérables, auxquelles il convient de porter remède.

Quelques chirurgiens, peu familiarisés sans doute avec les ressources de l'art de guérir ou peut-être doués de trop peu de dextérité pour les mettre en pratique, ont affecté de ne voir dans les restaurations de la face que des opérations de luxe, qu'une affaire de coquetterie pure. Il nous paraît, au contraire, que l'autoplastie faciale n'a pas seulement pour but de corriger des difformités; elle se propose surtout de rétablir des fonctions perdues : la chiloplastie ne rend-elle pas aux malades la faculté de retenir la salive et de savourer les aliments; la blépharoplastie ne sert-elle pas à conserver des yeux depuis longtemps enflammés et recouverts d'ulcérations, par le fait seul de la privation des paupières ; la rhinoplastie ne favorise-t-elle pas l'olfaction en dirigeant, par exemple, les molécules odorantes vers les parties supérieures des fosses nasales, etc. ?

Ces vérités ne sauraient être mises en doute aujourd'hui, et le corollaire indiscutable qui en découle, c'est que, dans un cas donné, celui-là sera le meilleur procédé d'autoplastie qui rétablira le mieux la fonction.

Pour la chiloplastie de la lèvre inférieure, car c'est à elle que nous limitons notre sujet, le problème se posera donc de la façon suivante :

Trouver le moyen de reconstituer une lèvre inférieure de la façon la plus simple et la plus inoffensive, en se rapprochant en même temps le plus possible de la perfection, c'est-à-dire en donnant à la nouvelle lèvre des qualités lui permettant de remplir les fonctions d'une lèvre normale.

C'est à ce titre que la méthode d'Estlander nous paraît digne d'intérêt.

Nous avons divisé notre travail en plusieurs chapitres :

Chapitre I. — Importance de la chiloplastie. Historique du procédé d'Estlander.

Chapitre II. — Exposé du procédé d'Estlander.

Chapitre III. — Observations.

Chapitre IV. — Avantages de ce procédé. Réfutation des objections qu'on lui a faites.

Chapitre V. — Comparaison avec les autres procédés.

Chapitre VI. — Indications et contre-indications.

Conclusions.

Que M. le professeur Grynfeltt, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, daigne recevoir tous nos remerciements pour les excellents conseils qu'il nous a donnés, ainsi que l'expression de notre respectueuse reconnaissance pour la bienveillante sympathie qu'il nous a témoignée.

ÉTUDE

SUR

L'OPÉRATION CHILOPLASTIQUE

D'ESTLANDER

CHAPITRE PREMIER.

IMPORTANCE DE LA CHILOPLASTIE. — HISTORIQUE DU PROCÉDÉ D'ESTLANDER.

En rétablissant les fonctions des lèvres, la chiloplastie favorise l'alimentation, la mastication, la digestion ; elle rend la parole et l'expectoraiion plus faciles. En retenant la salive et les mucosités dans la bouche, elle guérit une infirmité qui fait le désespoir des malades. Elle prévient l'irritabilité des tissus voisins, les souillures des vêtements, la fétidité de l'haleine, l'altération des gencives, l'ébranlement des dents, le prolapsus de la langue, l'épuisement et la déchéance de l'économie. Elle permet à l'opéré, qui naguère était pour ses semblables un objet de dégoût, de sortir de son isolement

et de rentrer dans la vie sociale. « Elle restitue une harmonie que le mal s'acharnait à détruire, et qu'un morceau de peau a suffi pour réparer. »

Peu d'opérations ont donné lieu à autant de procédés que la chiloplastie. Bruns, qui dans son grand *Manuel de chirurgie pratique* est entré sur cette matière dans plus de détails qu'aucun autre, n'en décrit pas moins de 44, sans compter toutes les modifications d'une importance secondaire que présentent la plupart d'entre eux. En considérant ces nombreuses méthodes, on voit que les chirurgiens, pour réparer les pertes de substance éprouvées par une lèvre, sont allés chercher les éléments de restauration sur toutes les parties du visage, tandis qu'ils ont négligé presque absolument la lèvre saine.

A Estlander revient le mérite de l'avoir le premier avantageusement utilisée. Mise en pratique par son inventeur dès 1865, la méthode d'Estlander n'a été décrite par lui qu'en 1872 dans les *Nordiskt mediciniskt Archiv.* et dans les *Archiv. für klinische chirurgie.*

L'année suivante, M. Paul Berger (*Revue des sciences méd. de Hayem*, 1873, t. II) en donnait connaissance aux chirurgiens de notre pays d'après la dernière *Revue allemande* que nous venons de citer ; mais il la jugeait, selon nous, un peu trop sévèrement.

C'est peut-être pour répondre à cette critique, qu'en 1877 Estlander lui-même publiait dans un de nos journaux les plus en renom, la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, un mémoire dans lequel il exposait sa méthode et s'efforçait d'en montrer la supériorité.

Quatre ans plus tard, M. Haorth de Tammerfors (Finlande), exposait les résultats de son expérience personnelle (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, Leipzig 1881-82).

A la même époque, Trombetta, en Italie, publiait l'obser-

vation d'un heureux résultat obtenu par la méthode chiloplastique d'Estlander (*Giorn. internaz. dell sc. med.* 1882, 4ma année, fasc. 3).

En 1885, le professeur Grynfeltt traduisait dans sa *Chirurgie Clinique* le Mémoire du Dr Haorth et attirait vivement l'attention des chirurgiens sur cette méthode, qui répondait incontestablement à certaines indications.

Tel était l'état de la question, quand une des savantes leçons du professeur Grynfeltt m'inspira l'idée de choisir, comme sujet de thèse, l'étude de cette opération qui n'avait et n'a encore donné lieu, en France, à aucune application. Sur le conseil de M. Grynfeltt, qui m'apprit que ce procédé était encore en honneur à la clinique d'Helsingfors, je pris la liberté d'écrire au professeur Salzman, successeur d'Estlander, pour le prier de me fournir quelques renseignements sur les opérations de chilosplastie qu'il avait eu l'occasion de faire lui-même. Avec une parfaite obligeance dont je ne saurais trop le remercier ici, M. Salzman répondit à ma demande par l'envoi de 15 observations personnelles, accompagnées de considérations générales et de précieuses indications.

Qu'il me soit permis de lui exprimer ici mes sentiments de profonde gratitude; si j'ai été heureux de la bienveillance que m'a témoignée l'éminent professeur d'Helsingfors, je suis fier aujourd'hui de pouvoir placer ma thèse sous le patronage d'un nom aussi autorisé.

CHAPITRE II.

EXPOSÉ DU PROCÉDÉ D'ESTLANDER.

ABLATION DES PARTIES MALADES ET TAILLE DU LAMBEAU. — On enlève la tumeur soit au bistouri, soit avec les ciseaux, généralement par une incision en V ; la direction des bords de l'incision varie nécessairement avec la forme de la tumeur cancroïdale.

Sur la lèvre saine, on taille soit avec les ciseaux, soit avec le bistouri, un lambeau de forme analogue à la perte de substance qu'on veut combler, généralement de forme triangulaire. Sa base correspond au bord libre de la lèvre et son sommet est le point le plus éloigné de l'ouverture buccale. La branche externe du V vient aboutir à la commissure labiale, au niveau du point où celle-ci confine à la perte de substance qu'il faut réparer. La branche interne se dirige vers la partie moyenne de la lèvre saine sans atteindre son bord libre, laissant à ce niveau un pédicule par lequel le lambeau doit continuer à se nourrir aux dépens de la lèvre sur laquelle on le prend.

Toutes les fois que la perte de substance, après l'ablation du mal, s'étend du côté de la joue, l'incision externe des deux incisions divergentes circonscrivant le lambeau doit être faite légèrement curviligne dans sa partie supérieure. De cette façon, non seulement le lambeau gagne en surface, mais encore il prend une forme trapézoïde, plus convenable dans ce cas que la forme triangulaire.

Importance de l'incision interne. — Son mode de terminaison en bas. — Le plus difficile de l'opération, c'est de déterminer la grandeur qu'il faut donner au pédicule du lambeau, c'est-à-dire de savoir jusqu'où doit s'avancer en bas l'incision interne. Il est évident, en effet, que plus le pédicule sera étroit, plus le lambeau tournera facilement sur lui pour aller occuper une place nouvelle, et moins aussi l'orifice buccal sera défiguré.

Mais, d'autre part, plus le couteau s'approche du bord libre de la lèvre, plus grand devient le danger de trancher l'artère coronaire, seul fil auquel est suspendue la vie d'un lambeau souvent assez étendu. Il serait donc de la plus haute importance de connaître le point jusqu'où l'on peut s'avancer sans péril. Pour cela, il suffirait de connaître la place précise occupée par l'artère coronaire. Estlander a fait, à ce propos, de nombreuses mensurations sur les sujets vivants et sur les cadavres. « Des trois distances, dit-il, qui servent à déterminer la position de l'artère, celles de l'artère à la muqueuse, à la peau et au plus haut point du bord libre, la première seule est à peu près constante, elle est de 2 millim.; la seconde varie selon l'épaisseur de la lèvre, mais elle est le plus souvent trois fois plus grande que la première; quant à la troisième, elle est tellement variable qu'on ne peut rien en dire, si ce n'est que l'artère est ordinairement, mais pas toujours, plus près du bord rouge, au milieu de la lèvre, que dans le voisinage des commissures. »

En présence de cette variabilité de position de l'artère, dont la conservation cependant est la première condition de réussite, Estlander a imaginé deux procédés :

Premier procédé. — On saisit entre les doigts le point de la lèvre où doit se terminer l'incision interne sur le bord labial

et on comprime ce point de façon à sentir battre l'artère sur la face muqueuse de la lèvre.

Cette manière de procéder peut remplir suffisamment le but: on sent très nettement les battements, et, en procédant avec précaution à mesure que l'incision se rapproche du bord libre, on évite à peu près sûrement la section de l'artère. De cette façon, on peut obtenir un pédicule assez étroit, pour que la mobilité du lambeau ne laisse rien à désirer; et, par suite, on peut éviter un trop grand déplacement de l'orifice buccal. Mais, pour cela, il convient de prolonger avec précaution l'incision à travers la peau jusqu'au bord rouge, ce qui peut se faire sans danger, puisque la coronaire est toujours plus rapprochée de la muqueuse que de la peau ; alors, en effet, le lambeau ne tient plus que par la muqueuse et les tissus les plus voisins ; or, comme la muqueuse est d'une flexibilité extrême, le lambeau sera aussi mobile que possible.

Cependant, un incident qui s'est présenté dans une de ses opérations a amené Estlander à rechercher s'il n'y aurait pas quelque moyen plus pratique de déterminer la position de l'artère coronaire et de la protéger. « J'avais enlevé, dit-il, au moyen d'une incision en V, un cancroïde de la lèvre inférieure d'un homme âgé et je taillais dans la lèvre supérieure un lambeau pour remplacer les parties détruites; en approchant du bord rouge, je vins à trancher une assez grosse branche artérielle allant de l'artère maxillaire externe à l'artère coronaire, en passant à égale distance de l'aile du nez et du bord rouge. Aussitôt la pulsation de l'artère coronaire cessa de se faire sentir; elle reparut au bout de quelques minutes, lorsque l'hémorrhagie du vaisseau coupé eut cessé et que la pression latérale se fut de nouveau élevée dans la coronaire. L'opération s'acheva comme à l'ordinaire, mais l'accident n'en avait pas moins causé une interruption. » Afin

d'éviter de pareilles surprises et pour épargner à l'opérateur la peine de fixer dans la lèvre l'artère qui constamment se dérobe sous le doigt, le professeur d'Helsingfors conseille de procéder de la manière suivante:

Deuxième procédé.— Avant l'opération, on détermine les dimensions que l'on veut donner au lambeau, et par conséquent le point où la dernière incision devra s'arrêter; ensuite, on observe avec soin la situation de l'artère coronaire en ce point; puis, introduisant une aiguille de Karlsbad à l'endroit où la peau et la muqueuse se rencontrent, on l'enfonce dans l'épaisseur de la lèvre en la faisant passer tout près de l'artère, de façon que celle-ci se trouve entre l'aiguille et le bord labial lui-même. L'artère étant plus rapprochée de la face muqueuse que de la face cutanée de la lèvre et se trouvant ordinairement assez éloignée du bord libre, l'aiguille doit avoir une direction oblique de bas en haut dans la lèvre supérieure et de haut en bas dans la lèvre inférieure.

En pressant les bords de la lèvre contre l'épingle, et, si l'on veut, pour plus de sûreté, en comprimant en même temps de l'autre côté l'artère maxillaire externe, on peut s'assurer, par la cessation des pulsations, que la coronaire est bien en deçà de l'aiguille. Pour faciliter ensuite la manœuvre opératoire, il convient de recourber l'aiguille en anneau: de cette façon, elle ne saurait gêner pendant la chloroformisation et l'opération. L'utilité de cette aiguille est évidente. C'est un guide précieux; en effet, l'on détermine bien plus sûrement, avant que pendant l'opération, les dimensions que l'on donnera au lambeau, et l'aiguille en marque mieux que tout autre moyen la limite. Grâce à elle, on obtiendra un pédicule aussi étroit que possible; car, en enfonçant l'épingle avant l'opération et en toute tranquillité, on se sera approché de l'artère beaucoup plus près qu'on n'aurait pu le faire au

moment de pratiquer l'incision; enfin, l'artère ne court aucun risque d'être tranchée. Haorth, qui a eu recours à ce moyen, le trouve très pratique.

Mise en place du lambeau.— On détache le lambeau que nous avons décrit de la pointe à la base; puis on avive les bords de la perte de substance correspondant à la lèvre détruite en totalité ou en partie. On fait alors tourner le lambeau dont le bord externe vient se mettre en rapport avec le bord de la perte de substance de la lèvre opposée, dont le sommet vient correspondre au point exactement opposé à celui qu'il occupait d'abord, dont le pédicule forme la commissure quand elle a été détruite.

Suture du lambeau. — On réunit les bords interne et externe du lambeau aux bords interne et externe de la perte de substance. Quant au vide laissé par la locomotion du lambeau, on le comble par quelques points de suture. A ce moment, le bord libre de la lèvre saine qui représentait la base du lambeau est venu former le bord libre de la lèvre opposée et le pédicule est venu remplacer la commissure.

De quelle façon faut-il réunir les parties divisées?

D'une façon générale, on pratique la suture entrecoupée ou à points séparés, lorsque les lèvres de la plaie n'ont pas une grande tendance à l'écartement. Au contraire, on a recours à la suture entortillée lorsque la plaie présente une certaine profondeur et que les lèvres à rapprocher tendent à s'éloigner. Dans le cas qui nous occupe, Estlander emploie alternativement l'une ou l'autre suivant les indications: la suture entortillée, par exemple, sera employée quand il conviendra d'obtenir une réunion aussi intime que possible des lèvres de la plaie dans toute leur épaisseur, ou encore lorsqu'il y aura une tension considérable.

Pour les sutures entrecoupées, il se sert de soie torse, qui, d'après ses observations, n'amène pas la suppuration aussi vite que la soie plate. Depuis longtemps, il a abandonné l'emploi des fils métalliques; ils offrent plus d'inconvénients que d'avantages; on a bien dit d'eux qu'ils n'irritaient pas et ne coupaient pas les tissus, mais se sont là des propriétés bien douteuses; au fait, ils doivent être proscrits dans des opérations comme celles-ci où la plaie doit être réunie avec beaucoup de soin. En effet, il faut compter aussi peu que possible sur l'enflure des bords de la plaie pour réparer quelque négligence de la part de l'opérateur. Cette enflure peut avoir un résultat tout opposé, et c'est ici le cas, puisque le lambeau, par suite de l'interruption de la circulation veineuse, enfle beaucoup plus que les autres bords de la plaie.

Il est extrêmement important de faire observer qu'il faut mettre le plus grand soin dans l'application des sutures pour qu'elles ne puissent comprimer les vaisseaux sanguins de la base du lambeau.

La manière dont on appliquera les sutures n'est pas indifférente; elle peut permettre de corriger la direction vicieuse que prend l'orifice buccal après l'opération. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce point dans l'un des chapitres suivants.

Pansement consécutif.— On fera immédiatement après l'opération un pansement antiseptique et légèrement compressif. Les sutures seront enlevées vers le troisième jour; si les bords de la plaie tendent à s'écarter, on pourra mettre en usage les différents procédés que l'on a proposé pour maintenir cette réunion. Nous n'avons pas à insister.

Conduite du chirurgien a l'égard du pédicule.— Section précoce.— Section tardive.— Si l'on a quelque motif pour agrandir l'ouverture buccale, Estlander conseille de faire une

incision horizontale avec le bistouri, ou mieux avec les ciseaux de Richter, au niveau de la commissure. On réunit ensuite la peau à la muqueuse. Il faut avoir soin de prolonger l'incision de la commissure jusqu'à quelques millimètres au delà du point où devra être la nouvelle commissure; car, en cousant la peau avec la muqueuse, on ne peut jamais compter empêcher la formation dans l'angle de réunion d'une plaie granulante, qui, se rétractant ensuite, diminue l'effet de l'incision.

On a fait un reproche à la section du pédicule : on a dit que sa section, amenant celle de l'artère coronaire, devait entraîner la mortification du lambeau; Estlander dit, lui-même, que cette intervention entraîna une fois la gangrène du lambeau, déjà réuni cependant. Quoi qu'il en soit, nous lisons dans l'observation II : «Quand la plaie fut partout fermée, je coupai le pédicule contenant l'artère coronaire, ce qui rendit à la bouche sa forme ordinaire et permit au patient de l'ouvrir presque autant qu'à l'état normal.» Dans l'observation XII contenue dans le tableau du professeur Salzman, nous voyons que, 24 jours après l'opération, le pédicule fut coupé pour agrandir l'orifice buccal, et que cette intervention n'amena dans le lambeau aucun trouble nutritif.

F. Trombetta, dont nous publions plus loin l'observation, s'est également fort bien trouvé de cette opération complémentaire. Il décrit un mode opératoire particulier différent de celui d'Estlander, et qui tient de trop près à son observation pour que nous l'exposions ici.

En réalité, à l'égard de la section du pédicule, il s'agit de distinguer : si la section est précoce, si elle a lieu avant que le lambeau soit complètement réuni, elle pourra être dangereuse pour la vitalité de ce dernier. Si, au contraire, la section est tardive, si elle a lieu après que le lambeau est réuni de toutes parts, aucune crainte de gangrène ne saurait

être fondée. A ce sujet, nous ne saurions mieux faire que de rapporter textuellement les réflexions que nous transmet le professeur Salzman : «Le pédicule du lambeau peut être tranché trois ou quatre semaines après l'opération, sans danger pour sa vitalité ; mais, pour ma part, je me réserve absolument contre cette manière de procéder, parce qu'en le tranchant, on coupe l'orbiculaire des lèvres, d'où résulte nécessairement l'impossibilité de fermer d'une façon complète l'orifice buccal.» (Voir observation XII dans le tableau de Salzman).

Pour nous, sans être trop enthousiaste de cette section, nous pensons cependant qu'elle peut être utilisée dans certains cas, par exemple, lorsque le rétrécissement buccal est prononcé au point de rendre difficile la nutrition du malade.

Extirpation des ganglions.— «Si les ganglions dégénérés, nous écrit Salzman, sont tous d'un côté, il vaut mieux prendre le lambeau de ce côté. Généralement, on enlève les ganglions dégénérés en même temps que la lèvre cancéreuse ; ce n'est que dans les cas de dégénérescence très grave, cas dans lesquels leur extirpation peut causer une lésion de l'artère faciale du côté opposé au lambeau, qu'il est indiqué d'attendre la guérison complète.»

CHAPITRE III.

OBSERVATIONS.

Nous avons réuni dans ce chapitre toutes les observations auxquelles le procédé d'Estlander a donné lieu. Quoique certaines d'entre elles soient plutôt en rapport avec la génoplastie, nous n'avons pas cru inutile de les relater.

Observation I.

(Voir Pl. I, fig. 1).

Matts Suntia, 63 ans, paysan d'Anjala, avait depuis plus de 10 ans, à la lèvre inférieure, une petite excroissance qui s'était accrue lentement jusqu'au commencement de 1871, mais augmenta dès lors très rapidement, ce qui engagea Suntia à se faire admettre à la clinique. Il avait alors un épithélioma qui envahissait toute la lèvre inférieure jusqu'aux commissures et au sulcus labiomentalis. Le Dr Krohn, médecin en second, enleva cette tumeur au moyen d'une incision rectangulaire et reforma une lèvre selon une méthode souvent suivie dans ma clinique de la façon suivante : l'incision qui formait le côté inférieur du rectangle fut prolongée de chaque côté le long de l'os maxillaire inférieur; ensuite, deux autres incisions, partant des commissures et aboutissant aux muscles masséters, furent faites parallèlement à la première; après quoi, les lambeaux ainsi formés furent détachés de l'os et réunis sur la ligne médiane. Un lambeau pareil, pré-

paré de manière à être tout à fait flottant, se laisse sans difficulté rapprocher de trois quarts de pouce de la ligne médiane. Dans le cas qui nous occupe, la tension résultant de la réunion des deux lambeaux n'était pas très considérable. La plaie guérit bien, et, au bout de 12 jours, le patient put quitter l'hôpital avec une lèvre inférieure qui recouvrait parfaitement les dents.

Le 11 janvier 1872, Suntia se présenta de nouveau à ma clinique avec une récidive. Cette fois, l'épithélioma occupait tout le côté droit de la lèvre et du menton, depuis la commissure des lèvres jusqu'au bout inférieur de l'os maxillaire, s'étendant aussi sur le côté gauche de manière à ne laisser intact qu'un tiers tout au plus de la lèvre nouvellement formée. Il pénétrait jusque près de l'os, sans toutefois qu'aucune glande parût tuméfiée. Comme l'extensibilité de la peau et de la muqueuse avait été épuisée par la première opération, et que les cicatrices de l'incision empêchaient l'application d'une partie des autres méthodes, je décidai d'emprunter à la lèvre supérieure la substance nécessaire pour réparer la perte. J'enlevai la tumeur par une incision triangulaire, dont la pointe descendait de quelques millimètres sous le menton et qui n'épargnait qu'un quart environ du bord de la lèvre. Les bords de la plaie s'écartèrent plus que d'ordinaire, et, quand je les eus un peu détachés de l'os, la perte de substance se trouva très grande. Ensuite, je découpai dans la lèvre supérieure un lambeau triangulaire, ayant 2 centimètres de côté, sur le bord rouge de la lèvre, lorsque celle-ci n'était pas tendue. Cela fut fait de la manière suivante: l'incision qui s'étendait du bord inférieur de l'os maxillaire à la commissure des lèvres fut prolongée à travers la peau et la muqueuse jusqu'au-dessous du trou sous-orbitaire ; de là l'incision, redescendant vers le bord de la lèvre supérieure, s'en rapprocha jusqu'à 4 millimètres dans

la peau et environ 8 millimètres dans la muqueuse. Ensuite, reportant cette partie de la lèvre supérieure sur les bords extérieurs de la plaie à l'endroit où avait été l'ancienne et où devait être la nouvelle commissure des lèvres, je l'y cousis par une suture entortillée; après quoi, les bords de la plaie supérieure furent réunis par quelques points de suture. Le lambeau tomba ainsi de lui-même sur la place qu'il devait recouvrir; et, tout incroyable qu'il parût au premier abord, qu'une si petite portion de la lèvre supérieure pût suffire à réparer une perte si considérable de substance, le lambeau avait conservé l'extensibilité des lèvres, au point que les bords de la plaie purent être réunis sans tension. Le coin supérieur du lambeau vint remplir l'angle de la première plaie, un peu au-dessus du bord inférieur de l'os maxillaire; la partie qui se trouvait auparavant à la commissure des lèvres fut réunie à ce qui restait de la lèvre inférieure, et ce qui formait le bord de la lèvre supérieure vint remplir le même office à la lèvre inférieure. La plaie se ferma presque complètement par première intention.

Voici quel était l'état du patient 15 jours après l'opération : le bord rouge de la lèvre appartenant au lambeau mesure 2 centimètres 3/4 de long, et, bien que le lambeau soit épais et enflé, il peut s'étendre encore de plus d'un demi-centimètre; le philtrum tombe droit et n'est pas tiré de côté ou d'autre, mais l'ouverture buccale est d'environ 7 millim. plus courte à droite, différence qui s'accentue davantage encore lorsque le patient ouvre la bouche; or, il peut écarter les mâchoires de 2 centimètres 1/2. Cet écartement a augmenté constamment pendant les derniers jours, à mesure que diminuait l'enflure des bords de la plaie, et le patient dit qu'il est beaucoup plus content de sa nouvelle lèvre que de la précédente, parce que maintenant il peut tenir entre ses lèvres un morceau de pain, ce qu'il ne pouvait faire de-

puis sa première opération. Je le retins encore à l'hôpital pour observer les modifications survenant dans la nouvelle lèvre. Le 19 février, l'enflure avait presque disparu et la mobilité de la nouvelle lèvre était à peu près normale; l'opéré pouvait assez bien prononcer les labiales, et, comme il se déclarait parfaitement satisfait de sa bouche et ne tenait nullement à subir une nouvelle opération, il fut congédié le même jour. (Estlander, *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1877.)

Observation II.

Oscar Hanstroëm, 17 ans, fils d'un cordonnier de Hausjaervi, fut reçu à l'hôpital le 7 février 1868, le visage mutilé à la suite d'une fièvre typhoïde pétéchiale, pendant l'automne précédent. Une grande partie de la joue et toute l'aile droite du nez étaient détruites, de même que la lèvre supérieure, à l'exception du quart environ près du coin gauche de la bouche, où une partie de la muqueuse de la lèvre détruite avait formé une grosseur, en s'enroulant sur elle-même. La cicatrice envahissait une partie du côté droit du nez jusqu'au coin de l'œil, s'étendait de là en arc sur la joue jusqu'auprès du muscle masséter et se terminait au coin droit de la bouche. Une grande partie de la face antérieure de l'os maxillaire supérieur, une partie du *processus nasalis* et tout le *processus alveolaris*, ainsi que les dents qui y appartiennent, étaient à découvert, même du côté gauche; les incisives et l'os où elles sont fixées étaient à nu. Voici comment je m'y pris pour réparer cette grande perte de substance: après avoir enlevé le tissu cicatriciel et détaché les bords de la plaie, surtout sur l'os jugal, je découpai dans la lèvre inférieure du côté droit

un lambeau triangulaire, qui s'étendait d'une part jusque près du milieu de la lèvre, de l'autre, à quelques lignes à droite du coin de la bouche, et dont la pointe descendait assez loin sous l'os maxillaire inférieur; ce lambeau était adhérent à la partie restante de la lèvre inférieure, et la vie y était entretenue par l'artère coronaire demeurée intacte. Je le tournai en haut de façon que la partie inférieure, prise sous le menton, vînt recouvrir la plaie sous le grand angle de l'œil; celle qui se trouvait près de la commissure fut réunie à ce qui restait de la lèvre supérieure qui fut détachée et dont la muqueuse enroulée servit à recouvrir la portion du bord du lambeau qui avait été prise en dehors de la commissure. Pour former l'aile du nez, je fis une entaille dans le lambeau, ce qui facilita en même temps l'ajustement de la partie que devait former la lèvre supérieure. Je n'eus aucune difficulté à réunir ensuite le bord de la plaie de la joue avec l'autre bord du lambeau et avec le restant de la lèvre inférieure, après avoir un peu détaché celle-ci de l'os maxillaire. Le lambeau ne montrait aucune tendance à se gangréner, et, quand la plaie fut partout fermée, je coupai le pédicule contenant l'artère coronaire ainsi que la cicatrice située tout auprès, ce qui rendit à la bouche sa forme ordinaire et permit au patient de l'ouvrir presque autant qu'à l'état normal. Lorsque, enfin, au bout de deux mois, il put quitter l'hôpital, l'opération ne laissait sur sa figure d'autre trace qu'une grande cicatrice qui, du coin de l'œil, descendait en arc jusque sous le menton, en passant par la commissure des lèvres. (Estlander, *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1877.)

Observation III.

Olof Hiltunen, 17 ans, fils d'un paysan de Kerimaeki, fut reçu à la clinique le 22 février 1868 ; il avait eu la joue droite détruite sur une grande étendue par la gangrène, pendant une fièvre typhoïde pétéchiale, quelques mois auparavant. Une partie de la lèvre inférieure était détruite, ainsi que toute la portion de la joue droite tapissée par la muqueuse jusqu'au bord antérieur du muscle masséter et au maxillaire inférieur : les deux mâchoires étaient à découvert et si pressées l'une contre l'autre par un puissant tissu cicatriciel qui joignait le proc. coron. et même en partie le proc. condyl. maxillæ inferioris avec l'os jugal et le maxillaire supérieur, que les dents faisaient saillie au dehors.

Le patient était très pâle et amaigri, il ne pouvait prendre d'autre nourriture que des liquides et de très petits morceaux de pain qu'il parvenait à glisser par les interstices des dents. M'étant assuré, le 25 février, de l'impossibilité de relâcher, au moyen du couteau, le lien cicatriciel qui unissait les os susnommés, je procédai immédiatement à la résection de la partie horizontale de la mâchoire inférieure sur une longueur d'un pouce environ. Je perçai sur le bord des surfaces sciées de l'os deux petits trous, dans lesquels je fis entrer les bouts pointus d'une petite tige métallique disposée de façon qu'on pût, sans la déplacer, la raccourcir ou l'allonger à volonté. Au moyen de cet instrument, je réussis à tenir écartées les surfaces sciées de l'os pendant une grande partie de la durée de la guérison, mais je ne pus naturellement pas empêcher ensuite la force rétractile de la cicatrice de tirer la mâchoire inférieure un peu de côté.

Deux mois après, je détachai la lèvre inférieure de l'os sous-jacent, et, après avoir découpé un triangle auxiliaire avec le sommet en bas, je la fis glisser d'environ trois quarts de pouce vers la droite. Le 2 juin, la guérison de la première opération étant accomplie, je rétablis la joue de la manière suivante : Je découpai, dans la lèvre supérieure, à droite, et dans le haut de la joue, un lambeau dont le sommet arrondi atteignait presque le bord inférieur de l'orbite et qui adhérait au bord libre de la lèvre par un pédicule traversé par l'artère coronaire. Je fis ensuite tourner le lambeau de façon que le sommet, pris sous l'œil, vînt couvrir l'articulation artificielle et les parties détruites près du bord du muscle masséter ; la nouvelle commissure se trouva sur le lambeau, un peu au-dessous de l'endroit où était le pédicule. Ainsi, les parties détruites étaient complètement restaurées, et la nouvelle joue acquit tant d'élasticité qu'elle n'entravait pas le jeu de la fausse articulation ; le 6 juillet, alors que l'opéré quitta l'hôpital, celle-ci fonctionnait si bien, que les mâchoires pouvaient s'écarter de plus de trois quarts de pouce. (Estlander, *Revue de méd. et de chir. 1877.*)

Observations d'Haorth.

Deux cas de méloplastie et six cas de chiloplastie.

Nous empruntons, dans la *Chirurgie Clinique* du professeur Grynfeltt, la traduction d'un mémoire de M. le Dr Haorth, dans lequel M. Haorth expose les résultats de son expérience personnelle sur la méthode qui nous occupe.

« Mon expérience personnelle n'est pas bien grande ; cependant, en dehors des cas dont j'ai été témoin à la clinique d'Helsingfors, j'ai pu constater les bons effets de cette mé-

thode dans deux cas de méloplastie et six cas de chiloplastie que j'ai opérés moi-même.

»Les deux cas de méloplastie me furent fournis par deux adultes porteurs de noma consécutif au typhus, et tous ceux de chiloplastie me furent imposés par l'envahissement épithéliomateux de la lèvre inférieure.— Sur le premier des deux malades auxquels j'ai dû pratiquer la méloplastie, la perte de substance occupait du côté gauche toute la surface comprise d'une part entre la région de la canine inférieure et la branche montant de l'os mandibulaire et une ligne ayant mis à découvert les deux arcades dentaires par la destruction ulcéreuse complète des tissus de la joue.

»Je fis la restauration selon la méthode d'Estlander. Le lambeau anaplastique fut pris en partie sur la lèvre supérieure, mais surtout sur la joue. Par un mouvement de rotation de 135° environ, il fut abaissé et mis en place. Son pédicule, plus épais que le bord rouge de la lèvre, forma le nouvel angle labial. Il combla parfaitement la perte de substance, et la guérison fut bientôt définitive.

»Dans le deuxième cas, la perte de substance comprenait une partie importante du côté droit de la face. La joue jusqu'au masséter et l'os zygomatique, ainsi que la narine correspondante et une portion de la lèvre supérieure étaient détruites. Le nez, dévié du côté opposé, était fixé dans cette position par du tissu de cicatrice. Le lambeau autoplastique fut emprunté à la lèvre inférieure. Après l'ablation des tissus cicatriciels et après la mobilisation des bords de la solution de continuité, la transplantation put se faire aisément. Quatre semaines après l'opération, il ne restait plus qu'une petite plaie insignifiante au milieu de la joue. Le nez était dévié à gauche comme avant, et l'orifice buccal, quoiqu'un peu de travers, pouvait s'ouvrir de deux centimètres

environ. Le fonctionnement des lèvres était aussi parfait que possible.

» Les six cas d'anaplastie faciale de la lèvre inférieure ont été six cas d'épithélioma labial.

» La néoplasie, chez mes malades le moins sérieusement atteints, n'occupait que la moitié de la lèvre. Deux fois presque toute la lèvre était envahie. Sauf dans un cas, les sections d'excision de la tumeur ont empiété sur la joue. Toutes les fois que la perte de substance, après l'ablation du mal, s'est étendue de ce côté, mon opération a différé du type opératoire d'Estlander. L'incision externe des deux incisions divergentes circonscrivant le lambeau fut faite légèrement curviligne dans sa partie supérieure. De cette façon, le lambeau s'accommoda bien mieux à la perte de substance. L'incision interne se termina dans tous ces cas au bord rouge de la lèvre, à l'union à peu près du tiers externe et du tiers moyen. Ensuite la transplantation du lambeau fut opérée sans difficulté aucune. L'ouverture buccale fut naturellement un peu rétrécie, mais moins cependant qu'on eût pu le croire de prime abord. A l'exception d'un seul cas, dans lequel elle n'avait pas plus de deux centimètres, cette ouverture a toujours présenté des dimensions suffisantes pour répondre à des prétentions assez grandes au point de vue esthétique. La mastication n'a jamais été notablement gênée.

» J'ai dit que, chez un de mes opérés, la perte de substance résultant de l'ablation de la tumeur ne dépassait pas le domaine de la lèvre. Il en fut ainsi, parce que l'épithélioma était médian et n'arrivait pas jusqu'aux commissures, quoiqu'il eût envahi la presque totalité du rebord labial. Lors de l'opération, les deux extrémités de la lèvre inférieure furent conservées et le lambeau autoplastique comprit, en outre d'une partie de la lèvre supérieure, une des extrémités de la lèvre inférieure. Le nouveau rebord labial fut donc formé

en partie du bord rouge de la lèvre supérieure et en partie du bord rouge de la lèvre inférieure, ainsi que de la région commissurale qui les unissait. Sa coaptation exacte n'offrit d'ailleurs aucune difficulté. La partie correspondante à la commissure était seulement moins souple et la nouvelle lèvre plus mince en ce point. Aucune de ces opérations n'a présenté de difficultés sérieuses. L'hémorrhagie, quoique assez abondante, a été sans importance, vu la promptitude et le soin mis dans l'exécution de l'opération.»

Observation de Trombetta.

(Voir planche II).

Carro F..., de Naso, 54 ans, paysan robuste, entre à la clinique le 10 avril 1881, pour un épithélioma ulcéré de la lèvre supérieure et du bord gingival correspondant. Aucun de ses parents n'a jamais été atteint de tumeur maligne. Le malade raconte que le mal actuel a commencé il y a huit ans, sous la forme d'un petit nodule siégeant sur la lèvre supérieure à l'extrémité inférieure du philtrum. Pendant les quatre premières années, ce nodule ne lui causa d'autre gêne que celle produite par les croûtes dont il se couvrait, croûtes que le malade arrachait, mais qui ne tardaient pas à se reproduire. Après ces quatre années, le malade étant sur un olivier à cueillir des olives, tomba face contre terre; la lèvre supérieure se fendit sur la ligne médiane jusque sous la narine droite; la suture fut faite, mais la réunion désirée n'eut pas lieu. A partir de cette époque, le malade resta avec une lèvre bifide, comme s'il eût été atteint de bec de lièvre. On ne tenta plus aucune réunion. Les bords de la plaie furent abandonnés à eux-mêmes; la plaie s'indura et se couvrit de

croûtes qui laissaient à leur chute une surface sanguinolente ; elle devint en même temps le siège de douleurs lancinantes.

La cautérisation et les différents procédés opératoires adoptés dans ces dernières années ne furent suivis d'aucun heureux effet; le mal, progressant de plus en plus vers les parties supérieures, envahit une bonne portion du bord gingival et ébranla les incisives, les canines et les premières molaires.

A la suite d'un érysipèle datant de trois mois et qui, partant de la lèvre atteinte, envahit successivement la face, le cou, le cuir chevelu, le mal s'étendit tellement qu'il produisit les désordres que nous observons actuellement. Le malade se vit obligé de se présenter à la clinique. L'ulcère épithéliomateux avait envahi presque toute la lèvre supérieure. Il commençait à quelques millimètres en dedans des deux commissures, s'étendait sur le bord gingival jusqu'au-dessous des ailes du nez, depuis les deux premières molaires jusqu'à une petite partie de la voûte palatine correspondante. A gauche, une autre portion de l'aile du nez avait été envahie, ainsi que le sillon naso-labial et une portion voisine de la joue.

Pour obvier à la perte de substance occasionnée par cette lésion, j'aurais pu adopter différentes méthodes de chiloplastie, mais je préférai m'adresser à la méthode d'Estlander. Dans le cas qui nous occupe, il était encore nécessaire de réséquer la partie moyenne du processus alvéolaire du maxillaire supérieur.

Pour épargner au malade les douleurs atroces de l'opération, j'eus l'idée d'adopter la méthode de Rose, qui consiste à chloroformiser le malade, la tête pendante. Il y a un an, j'adoptais, dans un cas semblable, cette méthode ; mais comme j'en avais été médiocrement satisfait, je consignais le fait dans ma Revue clinique. Si, cette année, j'ai adopté encore cette

méthode, c'est que j'y ai été poussé par les nouvelles publications de Rose, dans lesquelles ce chirurgien trouve exagérées les craintes d'hémorrhagies, assurant qu'elles ne sont abondantes que dans les cas seulement de carcinome du maxillaire; or, dans ce cas, elles n'en restent pas moins abondantes, quoique la tête ne soit pas pendante.

Une nouvelle et sérieuse attaque d'érysipèle qui commença le 20 avril et qui s'étendit peu à peu à la face, à la tête, au cou et à la région trochantérienne droite, me fit différer successivement l'opération jusqu'au 20 mai. Le malade chloroformisé et placé comme le recommande Rose, la tête en bas, je pratiquai deux incisions partant des ailes du nez et comprenant toute la partie malade; deux pinces de Péan furent aussitôt appliquées sur les bords sanglants de la plaie. Avec le maillet et la gouge je fis disparaître toute la portion du bord alvéolaire supérieur, comprise entre les deux secondes molaires; puis j'étendis l'incision de 1 centimètre et demi vers la voûte palatine. Malgré les pinces de Péan, l'hémorrhagie fut si abondante que, pendant toute la taille de l'os, j'opérais au milieu d'un lac de sang. La face du malade était gonflée et cyanosée; les artères palatines donnaient abondamment. La partie la plus douloureuse de l'opération étant faite, je crus prudent de suspendre un peu le chloroforme, et je relevai la tête du malade en faisant basculer le dossier du lit. A partir de ce moment, l'hémorrhagie cessa presque complètement; je passai alors à la formation du lambeau. Pour cela, je fis l'incision *co'e'b* (Pl. II, fig. 1), laquelle comprenant un petit tractus de la lèvre supérieure, se porta en dehors, contourna la commissure gauche de la bouche, descendit obliquement en bas et finit à quelques centimètres sous le menton. Je cherchai alors sur le bord libre de la lèvre inférieure, à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen, le point où l'artère coronaire battait. Cette artère comprimée entre

l'index et le pouce de la main gauche, je fis une autre incision *d b* (Pl. II, fig. 1) qui, partant immédiatement du point indiqué ci-dessus, rejoignit l'extrémité inférieure de l'incision précédente. Le lambeau triangulaire ainsi formé fut relevé et, au moyen de points de suture entortillée et entrecoupée, fut uni aux bords de la perte de substance de la lèvre supérieure, comme on le voit dans la fig. 2 (Pl. II). Le sommet du lambeau fut enfoncé entre la partie de l'aile gauche du nez restée intacte et la partie avivée de la joue correspondante. Une incision *r u* (Pl. II. fig. 1), qui, partant de l'aile droite du nez, se dirigea vers la partie de la joue correspondante, servit à mobiliser un peu cette portion de la lèvre supérieure et à diminuer la tension dans le nouveau lambeau. Au cours de l'opération, le lambeau devint froid et cyanosé, ce qui me fit craindre pour sa vitalité, malgré les affirmations contraires d'Estlander et bien que j'eus la certitude de n'avoir pas lésé la coronaire. Après la suture, cette tendance au refroidissement parut se prononcer encore davantage. Il était évident que la circulation du lambeau ne se faisait pas bien; je m'appliquai à en rechercher la cause, elle me parut consister dans le fait suivant: le premier point de suture entortillée, placé à quatre millimètres au-dessous de la commissure gauche, produisait une telle compression dans cette partie où l'artère coronaire était repliée sur elle-même, qu'elle en empêchait, en quelque sorte, la circulation. J'enlevai alors l'épingle et je fis maintenir sur le lambeau de petites compresses trempées dans une décoction tiède de camomille. Au bout de quelques heures, la circulation du lambeau était presque parfaite. J'obtins presque partout la réunion par première intention.

Pendant les premiers jours, le malade ouvrait mal la bouche et prenait avec peine des aliments, mais ce fait provenait de l'absence du processus alvéolaire et de la large communi-

cation qui existait entre la cavité de la bouche et de la narine droite.

Peu à peu la bouche prenait une forme plus régulière : la lèvre supérieure, se déprimant insensiblement et prenant appui presque totalement sur le bord antérieur de la voûte palatine, supprimait la communication anormale dont nous avons parlé ; la parole devenait plus claire, la déglutition plus facile. Ce qui est remarquable surtout dans ce cas, c'est le peu d'inconvénients entraînés par l'absence de la partie moyenne du processus alvéolaire sur la forme de la lèvre supérieure.

Le 10 juin, la guérison était parfaite. Le malade avait l'aspect représenté dans la fig. 3 (Pl. II). La commissure gauche, un peu plus ronde, était plus près de la ligne médiane que la commissure droite.

Je fis au malade la proposition de lui agrandir la bouche et de la rendre symétrique ; je m'y pris de la façon suivante :

Au moyen d'une incision curviligne *a b* (fig. 4), je détachai de la nouvelle lèvre supérieure une certaine quantité de bord muqueux ; du point *b* situé à 2 millimètres en dehors de la commissure, je fis une incision en haut et en dehors, comprenant les tissus de la joue dans toute leur épaisseur ; de cette façon, j'élargissai de ce côté l'ouverture de la bouche. Je cousis alors avec un fil de soie très fin le petit lambeau *a b* en *b c*. Au moyen d'un coup de ciseau je régularisai la ligne *a b c* qui marquait la limite de la nouvelle lèvre supérieure. Je suturai également la muqueuse avec la peau. Au bout de quelques jours, la cicatrisation était parfaite et le malade avait l'aspect représenté dans la fig. 5. (Trombetta, *Giorn. internaz. dell. sc. med.* 1882, année 4.)

Nous reproduisons intégralement les 15 observations inédites que le professeur Salzman nous a adressées.

SEXE	AGE	PARTIE ENLEVÉE	COTÉ où le lambeau a été pris
Masculin.	52 ans	Toute la lèvre inférieure.	Gauche
—	43 ans	—	Droit
—	37 ans	—	Droit
—	61 ans	—	Droit
—	60 ans	Toute la lèvre inférieure, sauf un centimètre près de la commissure droite.	Droit
—	53 ans	Toute la lèvre inférieure.	Droit
—	70 ans	—	Droit
—	59 ans	—	Droit
—	68 ans	—	Droit
—	40 ans	Toute la lèvre inférieure et un centimètre du côté gauche de la lèvre supérieure.	Gauche
—	63 ans	Toute la lèvre inférieure, sauf un centimètre près de chaque commissure.	Droit
—	64 ans	2/3 de la lèvre inférieure, jusqu'à la commissure gauche.	Gauche
—	37 ans	2/3 de la lèvre inférieure, la commissure gauche et une partie du côté gauche de la lèvre supérieure.	Gauche
—	56 ans	Toute la lèvre inférieure et un peu de la joue, une partie du rebord alvéolaire fut aussi enlevée.	Gauche
—	20 ans	Toute la lèvre inférieure (la perte est consécutive à une fièvre typhoïde).	Gauche

Ganglions sous-maxillaires et sus-hyoïdiens	DURÉE DE LA GUÉRISON	RÉSULTATS
Extirpations multiples.		Mort.
—	9 jours.	Bon.
Extirpations multiples.	14 jours.	—
—	12 jours.	—
—	14 jours.	—
—	10 jours.	—
—	15 jours.	—
—	21 jours.	—
—	13 jours.	—
—	10 jours.	—
—	13 jours.	—
Sains.	24 jours après l'opération, le pédicule fut coupé pour agrandir l'orifice buccal. Il en résulta pour le malade l'impossibilité de fermer complètement la bouche.	
Sains.	39 jours.	—
Extirpations multiples.	30 jours.	—
Sains.	30 jours.	—

Ainsi qu'on le voit par ce tableau, il y a eu 14 succès sur 15 opérations. Un seul des malades est mort, et de septicémie.

Le malade, très affaibli avant l'opération, avait subi l'ablation de toute la lèvre et de plusieurs ganglions ; la mort arriva le 8me jour.

Après avoir exposé le procédé d'Estlander et avoir relaté toutes les applications auxquelles il a donné lieu jusqu'à ce jour, il nous reste à l'apprécier.

CHAPITRE IV.

AVANTAGES DE LA MÉTHODE.— RÉFUTATION DES OBJECTIONS QU'ON LUI A FAITES.

Pour apprécier les avantages de la méthode d'Estlander, nous nous baserons sur les règles formulées d'une manière très précise par Sédillot, dans ses *Contributions à la Chirurgie.*

Les conditious de réussite sont les suivantes :

1° Avoir des lambeaux susceptibles de combler la perte de substance, d'être mis et maintenus en contact sans gêne de la circulation et sans menace de gangrène.

2° Il faut que les lambeaux autoplastiques soient suffisamment soutenus dans la position qu'on leur donne; et pour cela, il est indispensable que leur point d'origine et d'appui ne se trouve pas du côté des surfaces que l'on veut réparer. C'est, en effet, un fait de l'expérience que les téguments servant à l'anaplastie tendent toujours à se raccourcir en s'éloignant des points où ils sont soutenus.

De là résulte cette règle importante: placer les points fixes des lambeaux dans une direction opposée à celle où leur propre poids tendrait à les entraîner.

3° La nouvelle lèvre doit être doublée d'un tégument interne. Toute surface saignante placée au-devant de l'arcade dentaire se réunira, si elle n'est pas suffisamment soutenue, à la plaie produite au-devant du maxillaire, s'y fixera et fera évanouir toute espérance d'obtenir une lèvre libre et mobile au-devant des dents.

Ces bases posées, la méthode d'Estlander nous paraît offrir des avantages sérieux.

Avant tout, la chiloplastie doit être une opération simple. Or, un premier avantage de la méthode d'Estlander, c'est la facilité de son application et le peu d'empiétement traumatique qu'elle exige sur l'organisme. Elle ne comprend qu'un seul lambeau qu'on peut facilement et rapidement détacher. Il nous paraît, au contraire, que la chiloplastie acquiert les proportions des grandes opérations, quand il faut aller tailler les lambeaux en pleines joues (Bruns, Sédillot, etc.).

Les conditions de réussite exigées par Sédillot sont parfaitement remplies. En effet :

A. Le lambeau est bien nourri. Il est alimenté par l'artère coronaire que nous avons appris à ne pas léser dans le cours de l'opération, et qui offre des anastomoses importantes. Dans la lèvre supérieure, elle communique avec l'artère naso-palatine par une branche artérielle importante qui n'est jamais absente. Dans la lèvre inférieure, ses anastomoses avec les artères mentonnière et sous-mentale sont encore plus fortes, de sorte qu'il n'y a guère de danger pour la vitalité du lambeau. En réalité, personne n'a signalé sa mortification. D'ailleurs, tous les lambeaux autoplastiques sont exposés à la mortification pour des causes indépendantes de leurs connexions vasculaires, et doit-on renoncer pour cela à un procédé de chirurgie plastique ?

B. Le point d'origine et d'appui du lambeau ne se trouve pas du côté de la surface que l'on veut reconstituer. « Il en résulte, dit Estlander, que le lambeau tombe comme de lui-même sur la surface que l'on veut recouvrir. »

C. Le lambeau est doublé d'une bordure muqueuse naturelle.

Ce n'est pas tout: que vaudra la nouvelle lèvre au point de vue physiologique?

La nouvelle lèvre aura des fibres musculaires réellement utiles, car ces fibres seront celles de l'orbiculaire, qui, bien que tranchées et retournées, sont en définitive ramenées dans leur direction normale. On aura donc une lèvre avec toute son intégrité fonctionnelle, une lèvre qui pourra se mouvoir, qui aura une certaine force, qui, non seulement empêchera la sortie de la salive et des aliments liquides, mais pourra, comme dit Estlander, tenir un morceau de pain. Elle ne sera pas tirée par la contraction de ses fibres dans des sens différents; toutes ses fibres, au contraire, se contractant avec une harmonie parfaite, il lui sera possible de combiner ses mouvements avec ceux de la lèvre supérieure. De plus, les observations nous ont montré combien peu la parole était troublée.

Au point de vue esthétique, le procédé d'Estlander n'en est pas moins remarquable.

Il nous donne ce qui fait la caractéristique d'une lèvre, je veux dire la présence d'un bord vermeil renflé et arrondi, que le chirugien le plus habile ne saurait façonner.

Nous nous résumerons, en disant: l'autoplastie doit ramener la partie réparée au point qui la rapproche le plus de la forme primitive. Or, rien ne saurait ressembler plus à une lèvre, qu'une lèvre elle-même.

Cependant, le procédé d'Estlander n'a pas été à l'abri de la critique:

« Malgré les trois succès obtenus par Estlander, dit Berger, la torsion du pédicule, qui doit être très prononcée pour

permettre à la lèvre supérieure de devenir inférieure, constitue un danger considérable pour la vitalité du lambeau. Il faut joindre à cet inconvénient celui très réel du rétrécissement et de l'asymétrie de l'ouverture labiale. En présence de ces vices, inhérents à la méthode même employée par l'auteur, il semblera nécessaire d'attendre quelques nouveaux faits pour prononcer entre elle et celles qui ont été appliquées avec succès par Delpech, Roux, Auvert, Diffenbach, Bruns, etc., etc... » (*Revue de chirurgie 1873.*)

Nous croyons pouvoir démontrer que ces objections n'ont pas grande valeur.

a. *Vitalité du lambeau.*— La vitalité du lambeau peut-elle être en danger? Nous avons montré que la première condition de Sédillot était parfaitement remplie et qu'on aurait tort de craindre une mortification que personne n'a jamais signalé. «Plus de 50 cas que j'ai observés, dit Estlander, m'ont convaincu à n'en pas douter, que l'artère coronaire suffit à l'entretien de la vie du lambeau.

»La circulation veineuse, il est vrai, en paraît parfois quelque peu entravée, mais cela ne dure pas et n'entraîne d'autre inconvénient qu'une lègère enflure du lambeau.»

b. *Asymétrie de l'orifice buccal.* — Je ne saurais nier que l'asymétrie buccale constitue une chose fort disgracieuse; mais, comme nous le disions dans notre introduction, la chiloplastie n'est pas seulement une opération de luxe, une affaire de coquetterie pure. Son but n'est pas seulement de corriger des difformités, mais bien surtout de rétablir des fonctions perdues: préhension, mastication, phonation par exemple.

Et d'ailleurs, fût-il sérieux, ce reproche est-il fondé?

En réalité, voici ce qui se passe: immédiatement après

l'opération, la bouche paraît acentrale et disgracieuse ; mais, considérez le malade quelque temps après sa guérison complète. Les observations que nous avons relatées nous montrent cette asymétrie à peu près disparue; car il ne faut pas oublier que la bouche tend tous les jours à reprendre sa place première, sinon par une tendance naturelle, du moins sous l'influence de la cicatrisation des incisions

En outre, si l'on se rappelle ce que nous avons dit au sujet des sutures, il est facile de comprendre que la façon dont on les appliquera ne contribuera pas peu à corriger ce détaut d'asymétrie.

«Grâce à l'élasticité du tissu des lèvres, dit Estlander, et à l'uniformité de la tension exercée par le côté où le lambeau a été découpé, le défigurement, qui semble devoir être si grand, se réduit en définitive à peu de chose, et, lorsqu'on revoit l'opéré au bout de 2 ou 3 ans, on constate que la cicatrice ne l'incommode pas le moins du monde et que la bouche a repris presque complètement sa place et son apparence première.»

c. *Rétrécissement de l'orifice buccal.* — En appliquant les règles que nous avons formulées dans notre chapitre II, la tension des lèvres de la plaie n'est pas trop considérable; si l'on fait la suture avec soin, on obtient presque infailliblement la réunion par première intention. Aussi, la rétraction de la cicatrice est-elle réduite au minimum: En effet, la force rétractile est naturellement moins grande dans ce cas, que lorsque la cicatrisation se fait par granulation, car alors le tissu cicatriciel occupe une plus grande étendue. « Dans la plupart des cas où j'ai appliqué ma méthode, dit Estlander, la cicatrice ne gênait que très peu le patient pour ouvrir la bouche. Il est vrai que, immédiatement après l'opération, l'enflure diminuant l'élasticité des tissus, le patient a de la peine à des-

serrer les dents; mais cette difficulté doit diminuer graduellement, à mesure que disparaît l'enflure.»

D'ailleurs, constatons des faits. Dans l'observation I d'Estlander, nous voyons qu'un lambeau, qui n'avait du côté de la lèvre que 2 centimètres, atteint 2 centimètres 3/4 après l'opération, et que par la traction il peut s'étendre encore d'un demi-centimètre; or, Sappey indique le chiffre de 3 à 5 centimètres comme longueur moyenne du bord libre des lèvres. Nous y voyons encore que l'ouverture buccale n'est que de 7 millimètres plus courte à droite, et que l'écartement des mâchoires est de 2 centimètres et demi, alors que l'enflure n'a pas encore disparu.

Écoutons Haorth sur le même sujet: «La forme de la bouche fut à peu près irréprochable; ce dont le malade se plaignait le plus amèrement avant d'être opéré, était l'écoulement continuel de salive sur le menton et sur les vêtements. Par l'opération, il fut délivré de cette dégoûtante infirmité, grâce au fonctionnement parfait de la nouvelle commissure.» Ailleurs, il dit: « A l'exception d'un seul cas dans lequel l'ouverture buccale n'avait pas plus de 2 centimètres, cette ouverture a toujours présenté des dimensions suffisantes pour répondre à des prétentions assez grandes au point de vue esthétique.»

Ce qui fait, au fond, que l'ouverture buccale n'est pas aussi rétrécie qu'on veut bien le dire, c'est que, par la méthode d'Estlander, le lambeau n'a pas de base dans l'acception ordinaire du mot; il n'adhère au reste de la lèvre que par un pédicule servant à sa nutrition, toujours situé dans l'un ou l'autre des bords libres, et dont la grandeur, indépendante de celle du lambeau lui-même, n'est déterminée que par la place de l'artère coronaire. Il en résulte que le lambeau peut facilement tourner pour aller occuper la place qu'on lui destine: par suite, l'ouverture buccale en est d'autant moins défigurée.

CHAPITRE V.

COMPARAISON AVEC LES AUTRES MÉTHODES CHILOPLASTIQUES.

La méthode d'Estlander n'est pas, à vrai dire, une méthode, ce n'est qu'un procédé dérivé de la *méthode indienne*, puisqu'il y a pédicule et torsion, et que le lambeau est pris dans le voisinage de la perte de substance ; mais, cependant, ce procédé diffère de la méthode indienne proprement dite, en ce qu'il ne substitue pas une nouvelle plaie à la plaie déjà existante.

Dans le parallèle que nous allons établir, nous ne saurions prendre tous les procédés un à un, et nous aventurer ainsi dans une énumération sans fin d'incisions circulaires, triangulaires, rectangulaires, et de lambeaux ayant leur base dans toutes les directions possibles ; ce serait une chose peu utile. Nous resterons mieux dans notre sujet, en nous bornant à des considérations générales.

Comparaison avec les procédés dérivés de la méthode française. — Sans doute, les procédés d'Ambroise Paré, de Horn, de Celse, peuvent rendre de grands services ; mais leur application, comme nous le ferons voir plus loin, ne peut en être faite que dans des cas très restreints.

Quant aux divers procédés de Roux, de Chopart, Letiévant, Lisfranc, etc., ils nous paraissent devoir être rejetés d'une manière générale. A vrai dire, ils ne remplissent aucune des conditions posées par Sédillot : ils sont médiocrement nourris ; le point fixe du lambeau se trouve du côté de la substance que

l'on veut reconstituer: la conséquence, c'est que la nouvelle lèvre, n'étant point soutenue en sens contraire, descendra peu à peu et mettra à découvert les dents et les gencives, etc. Enfin, le lambeau, manquant d'un tégument interne, adhérera infailliblement à la portion dénudée du maxillaire: on aura donc une lèvre qui ne saura se mouvoir, et qui, se ratatinant à la longue, ne sera qu'un morceau de peau insignifiant et inutile.

Ajoutons à cela la difficulté de la dissection; l'hémorrhagie en nappe qui doit masquer au fond de la plaie les parties sur lesquelles porte le bistouri, parties du reste fort mal éclairées pour l'opérateur; l'absence de fibres musculaires; enfin la présence d'un vaste cul-de-sac au milieu de la région mentonnière, résultant du soulèvement du lambeau et dans lequel s'accumulent à peu près inévitablement, salive, boissons, etc.

Le procédé de Malgaigne mérite plutôt une recommandation spéciale, car il satisfait aux principales indications de la bonne chiloplastie inférieure. Quoique supérieur aux précédents, il n'en a pas moins ses inconvénients: il fait supporter au blessé sept incisions, ce qui nous paraît être un assez gros traumatisme; en outre, le lambeau, s'il contient quelques fibres musculaires de la joue, ne renferme pas celles de l'orbiculaire, qui seraient surtout utiles.

Comparaison avec les procédés dérivés de la méthode indienne. — Eliminons d'abord de la discussion les procédés de Delpech, de Lallemand, de Stein (de Copenhague), procédés qui ne sauraient résister aux objections précédentes et dont les chirurgiens ont déjà fait justice.

Occupons-nous plus spécialement des méthodes de Bruns, de Sédillot, de Syme, etc., qui sont les plus employées maintenant.

Sans doute, ces opérations donnent un résultat bien meilleur et bien plus durable que celui donné par les méthodes dont nous venons de parler. On n'a pas, en effet, une lèvre adhérente et ratatinée, comme dans les procédés de Roux et de Chopart. Mais cela suffit-il ? C'est évidemment déjà un joli but atteint que d'avoir une lèvre qui cache les dents et retient un peu les aliments et la salive; mais cette lèvre a-t-elle toutes les qualités et les propriétés de la lèvre normale ? Nous pensons que jamais ces procédés ne nous donneront la mobilité de la lèvre naturelle; en effet, les éléments de restauration sont dans ce cas pris dans la joue, dont le tissu très élastique sans doute ne l'est cependant pas à l'égard de celui des lèvres. Ce lambeau contiendra, il est vrai, des fibres musculaires; mais ces fibres seront celles des muscles de la joue; elles seront dirigées dans des sens très différents et non circulairement comme celles de l'orbiculaire; quand elles se contracteront, elles agiront chacune suivant sa direction et tout mouvement dans lequel leur concours mutuel sera nécessaire ne pourra être effectué.

En outre, on aura beau mettre tous les soins possibles à coudre la peau et la muqueuse, parviendra-t-on jamais à donner à la nouvelle lèvre le bord renflé et vermeil qui la caractérise ?

CHAPITRE VI.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS.

Il nous reste maintenant à montrer les indications et les contre-indications de ce procédé, car nous ne saurions avoir la prétention d'en faire un procédé chiloplastique unique, applicable à tous les cas.

La chiloplastie, à vrai dire, n'est pas toujours indispensable. Elle ne commence à le devenir que lorsqu'on ne peut plus compter sur le secours de la nature pour la restitution de l'orifice buccal.

Nous considérerons plusieurs cas.

Premier cas. — Si la tumeur est petite et s'étend en surface, si la brèche est assez étroite pour pouvoir être comblée par le rapprochement facile des bords, aidé en cela par l'extensibilité des téguments, il est évident que c'est aux procédés les plus simples qu'il faudra recourir : c'est ainsi que le procédé d'Ambroise Paré, par exemple, pourra être appliqué.

Deuxième cas. — Si la tumeur est plus ramassée sur elle-même, si elle occupe un point limité du bord libre et s'étend plus ou moins en profondeur, l'incision en V de Horn ou de Roonhuysen, avec mobilisation latérale, sera parfaitement indiquée.

Ces procédés sont excellents : ils donnent les meilleurs

résultats possibles et réduisent le traumatisme chirurgical au minimum.

Troisième cas. — Cette fois la tumeur est volumineuse ; la perte de substance intéresse une grande partie de la lèvre. Le rapprochement des bords de la plaie ne peut se faire ou ne se ferait qu'au moyen d'un tiraillement considérable, l'orifice buccal déformé réclamerait une correction par les différents procédés de Serre, de Diffenbach, de Bruns, de Sédillot, de Syme, etc., procédés dont nous avons parlé plus haut.

Il nous paraît que le procédé d'Estlander peut rendre de précieux services.

Il découle des observations que nous avons relatées, que le procédé d'Estlander peut être appliqué dans les différentes conditions suivantes :

a. La tumeur envahit toute la lèvre inférieure et même davantage.— Les observations de Salzman, d'Estlander, d'Haorth prouvent, dans ce cas, les excellents résultats du procédé.

Cependant, comme nous n'avons pas d'observations personnelles et malgré toute la bonne foi que nous accordons aux observations de ces éminents chirurgiens, qu'il nous soit permis de ne pas nous prononcer absolument sur ce point : nous avons peine à croire, en effet, que quelle que soit l'extensibilité du tissu labial sain, on puisse par exemple, avec une portion de la lèvre supérieure, restaurer la lèvre inférieure tout entière et même une partie plus ou moins grande de la lèvre supérieure sur laquelle a été pris le lambeau. Quoi qu'il en soit, si la chose est possible, les objections de Berger nous paraissent conserver dans ce cas toute leur valeur, car l'asymétrie et le rétrécissement buccal doivent être très considérables.

b. La tumeur est commissurale et d'assez grande étendue. (Obs. I. — Observations de Haorth.)

c. La tumeur est centrale et d'assez grande étendue; les parties commissurales sont respectées. — Il nous paraît que, dans ce cas, on peut agir de deux façons: on peut, comme l'a fait Haorth, tailler le lambeau de manière que la commissure épargnée serve à reconstituer le bord libre de la nouvelle lèvre; ce fait n'a qu'un inconvénient, c'est que la nouvelle lèvre est plus mince et moins souple au niveau de la partie formée par la commissure. Si l'on ne veut appliquer cette manière de procéder, nous proposons d'agir de la façon suivante: après avoir enlevé la tumeur par une incision en V, on fera au niveau de la commissure et de haut en bas une incision plus ou moins oblique, laquelle permettra le rapprochement des deux branches du V. De cette façon, on aura déplacé la perte de substance qui sera devenue commissurale, et nous retombons dans le cas précédent.

d. Lorsque, une première opération ayant été faite, l'épithélioma récidive. — Dans ce cas, l'extensibilité des tissus est épuisée par la première opération. L'ablation de l'épithélioma laisse une large perte de substance, car les tissus tendent à reprendre leur place première (obs. I).

CONCLUSIONS.

1° Beaucoup de procédés chiloplastiques doivent être abandonnés, soit parce qu'ils nécessitent des délabrements trop considérables, soit parce qu'on peut obtenir mieux à peu de frais.

2° Le procédé d'Estlander donnant une lèvre mobile, à bord vermeil, et pourvue des fibres musculaires de l'orbiculaire, peut remplacer avantageusement certains procédés compliqués qui donnent des lambeaux taillés aux dépens des joues, etc.

3° Ce procédé est indiqué dans un grand nombre de cas.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 19 avril 1888.
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 19 avril 1888.
Le Doyen,
CASTAN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

CHEILOPLASTIE

Méthode d'ESTLANDER

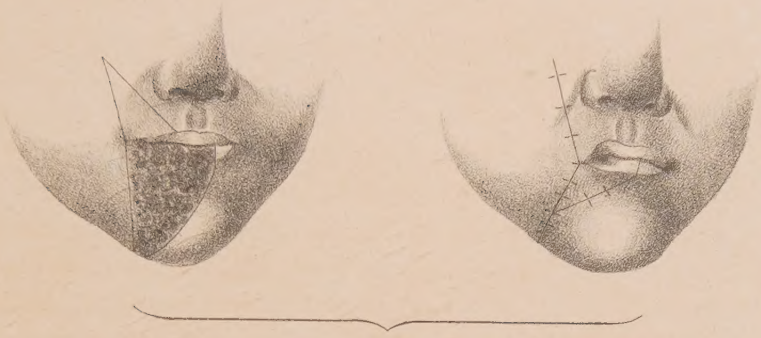


Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

Grynfeltt del. L. Combes, Lith.

Fig. 1.

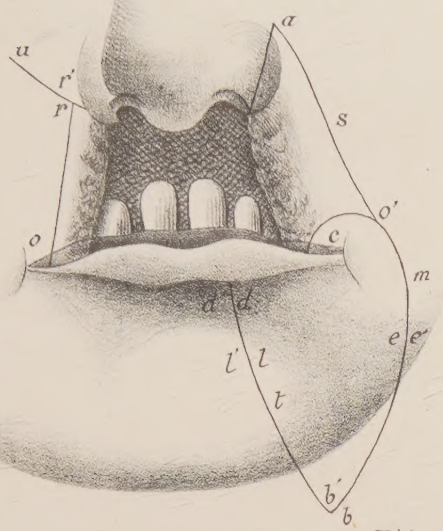


Fig. 3.

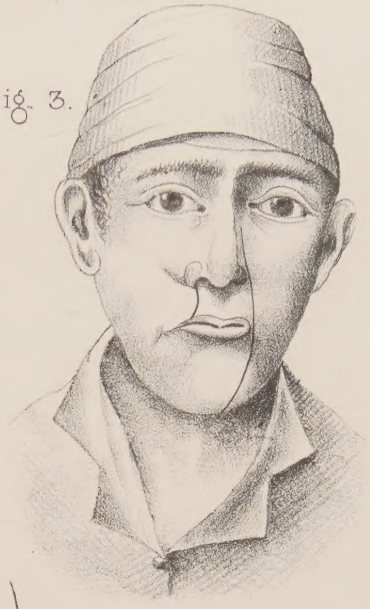


Fig. 4.

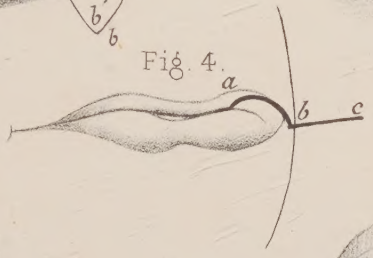


Fig. 2.

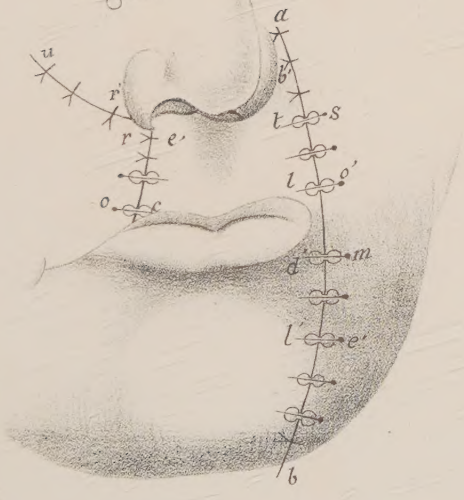
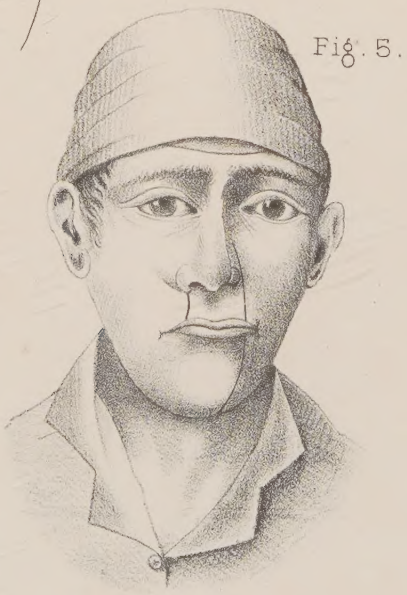


Fig. 5.



L. Combes, Lith.